

زمینه‌های آسیب‌شناسی روانی

Copyright@ 2010 The Guilford Press
A Division of Guilford Publications, Inc

مجوز رسمی کمی‌رایت ترجمه فارسی این کتاب از سوی انتشارات گیلفورد به
کتاب ارجمند واگذار شده است.

سرشناسه: اینگرام، ریک ای.، ویراستار، Ingram, Rick E
عنوان و نام پدیدآور: زمینه‌های آسیب‌شناسی روانی: عوامل خطرساز در گستره زندگی / مولفان ریک ای. اینگرام، جوزف
ام. پرایس؛ مترجمان فاطمه زرگر، الهام اشناد، شیما تمنایی‌فر؛ ویراستار بنفشه خرایس.
مشخصات نشر: تهران: کتاب ارجمند: ارجمند: نسل فردا، ۱۳۹۰.
مشخصات ظاهری: ۳۷۶ ص، وزیری.
شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۰۰-۱۱۰-۸
وضعیت فهرست‌نویسی: فیبا
یادداشت: عنوان اصلی: Vulnerability to psychopathology : risk across the lifespan, 2nd ed, c2010 .
موضوع: اسکیزوفرنی — عوامل مخاطره‌انگیز، اختلالات عاطفی — عوامل مخاطره‌انگیز، کودکان — آسیب‌شناسی روانی
— مطالعات طولی، اسکیزوفرنی — پیشگیری — مطالعات طولی، استعداد بیماری، توسعه انسانی، عوامل مخاطره‌انگیز
شناسه افزوده: پرایس، جوزف مایکل، ویراستار، Price, Joseph M. (Joseph Michael), زرگر، فاطمه -، مترجم،
اشناد، الهام -، مترجم، تمنایی‌فر، شیما -، مترجم، خرایس، بنفشه -، ویراستار
رده‌بندی کنگره: ۱۳۹۰ الف۹/ع۹/۴۵۵/۴ RC
رده‌بندی دیویی: ۳۶۲/۲۶
شماره کتابشناسی ملی: ۲۴۳۴۳۱۷

زمینه‌های آسیب‌شناسی روانی عوامل خطر ساز در گستره زندگی

(جلد اول)

تألیف

دکتر ریک ای. انگرام
دکتر جوزف ام. پرایس

ترجمه

دکتر فاطمه زرگر
عضو هیئت علمی گروه روان‌شناسی بالینی
دانشگاه علوم پزشکی کاشان

الهام اشتاد

کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی

شیمیا تمنایی فر

دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی

ویراستار

دکتر بنفشه غرابی

عضو هیأت علمی گروه روان‌شناسی بالینی
انستیتو روان‌پزشکی تهران


GUILFORD
(با مجوز رسمی ترجمه)





دکتر ریک ای. انگرام، دکتر جوزف ام. پرایس
زمینه‌های آسیب‌شناسی روانی: عوامل خطر ساز در گستره زندگی

فروست: ۱۹۲

مترجمان: دکتر فاطمه زرگر، الهام اشتاد، شیما تمنایی فر
ویراستار: دکتر بنفشه غرابی
ناشر: کتاب ارجمند (با همکاری ارجمند و نسل فردا)
صفحه‌آرا: پرستو قدیم‌خانی، طراح جلد: احسان ارجمند
چاپ: سامان، صحافی: نوین
چاپ اول، مرداد ۱۳۹۱، ۱۱۰۰ نسخه
بها: ۱۱۹۰۰ تومان
شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۰۰-۱۱۰-۸

www.arjmandpub.com

این اثر، مشمول قانون حمایت مؤلفان و مصنفان و هنرمندان مصوب ۱۳۴۸ است، هر کس تمام یا قسمتی از این اثر را بدون اجازه مؤلف، ناشر، نشر یا پخش یا عرضه کند مورد پیگرد قانونی قرار خواهد گرفت.

مرکز پخش: انتشارات ارجمند

دفتر مرکزی: تهران بلوار کشاورز، بین خ کارگر و ۱۶ آذر، پلاک ۲۹۲، تلفن ۸۸۹۷۷۰۰۲
شعبه اصفهان: خیابان چهارباغ بالا، پاساژ هزارجریب، تلفن ۶۲۸۱۵۷۴-۰۳۱۱
شعبه مشهد: ابتدای احمدآباد، پاساژ امیر، انتشارات مجد دانش، تلفن ۸۴۴۱۰۱۶-۰۵۱۱
شعبه بابل: خ گنج افروز، پاساژ گنج افروز، تلفن ۲۲۲۷۷۶۴-۰۱۱۱
شعبه رشت: خ نامجو، روبروی ورزشگاه عضدی، تلفن ۳۲۳۲۸۷۶-۰۱۳۱
شعبه ساری: بیمارستان امام، روبروی ریاست، تلفن: ۰۹۱۱۸۰۲۰۰۹۰

فهرست

بخش اول: اساس دیدگاه آسیب‌پذیری نسبت به آسیب روانی

فصل اول: نقش آسیب‌پذیری در درک آسیب‌شناسی روانی	۱۵
علّیت چیست؟	۱۶
آسیب‌پذیری چگونه تبیین میشود؟	۱۷
خلاصه مشخصه‌های اساسی آسیب‌پذیری	۲۵
تعریف کودکی و بزرگسالی: مرز تفکیک کجاست؟	۲۹
آسیب‌شناسی روانی و آسیب‌پذیری	۳۱
یک جمع‌بندی کوتاه	۳۱
منابع	۳۳
فصل دوم: ماهیت آسیب‌پذیری در کودکان و نوجوانان	۳۵
تاریخچه و تعاریف	۳۵
تعریف آسیب‌شناسی روانی در دوران کودکی و نوجوانی	۳۶
شیوع آسیب‌شناسی روانی در کودکی و نوجوانی	۳۷
چرا فرایند آسیب‌شناسی را مطالعه می‌کنیم؟	۳۸
تعریف آسیب‌پذیری	۴۲
پیشینه نظریه و تحقیق در زمینه عوامل آسیب‌پذیری مرتبط با آسیب‌شناسی روانی کودک و نوجوان	۴۴
روش‌شناسی و گرایش‌های پژوهشی	۵۱
نتیجه‌گیری	۵۵
منابع	۵۷
فصل سوم: ماهیت آسیب‌پذیری بزرگسالان	۶۱
تاریخچه و تعاریف	۶۱

اختلال‌های بزرگسالی: مروری کوتاه	۶۲
اختلال‌های اضطرابی	۶۸
چرا آسیب‌پذیری به اختلال‌های بزرگسالی را مطالعه می‌کنیم؟	۷۰
تاریخچه‌ای مختصر از نظریه‌ها و مطالعات مربوط به آسیب‌پذیری	۷۴
نتیجه‌گیری: سوگیری‌های آتی در زمینه دیدگاه‌های آسیب‌پذیری بزرگسالان	۷۷
منابع	۸۰

بخش دوم: اختلال‌های شخصیت

فصل چهارم: مسیرهای تحولی اختلال‌های شخصیت	۸۵
ارزیابی و ثبات اختلال‌های شخصیت	۹۳
پیش‌آیندهای مربوط به کودکی و نوجوانی در بروز اختلال‌های شخصیت بزرگسالی	۹۸
نتیجه‌گیری	۱۳۶
منابع	۱۴۲

بخش سوم: نشانگان‌های بالینی اختلال‌های مرتبط با مصرف مواد

فصل ۵: آسیب‌پذیری نسبت به اختلال‌های مصرف مواد در کودکی و نوجوانی	۱۵۷
همه‌گیرشناسی: میزان شیوع مصرف مواد و اختلال‌های وابسته به مواد در نوجوانان	۱۵۸
مکانیسم‌های زیربنایی الگوهای وابسته به سن	۱۶۱
رویکردهای پژوهشی و موضوعات روش‌شناختی	۱۶۳
منابع	۱۸۲

فصل ۶: آسیب‌پذیری نسبت به اختلال‌های مصرف مواد در بزرگسالی	۱۹۴
شیوع	۲۰۱
دیدگاه‌های آسیب‌پذیری نسبت به اختلال‌های مصرف مواد	۲۰۴
پژوهش در زمینه آسیب‌پذیری	۲۰۶
برنامه‌های مداخلاتی SUDs	۲۲۱
خلاصه	۲۲۸
منابع	۲۲۸

۲۳۸.....	فصل ۷: آسیب‌پذیری نسبت به اختلال‌های مصرف مواد در گسترهٔ عمر
۲۳۸.....	ایجاد زمینهٔ مشترک: مضامین و موضوعات مشترک در گسترهٔ عمر
۲۴۱.....	نقاط تمایز: توجه به محتوا و موضوعات منحصر به فرد در دوره‌های مختلف رشدی
۲۴۶.....	یادگیری از یک‌دیگر: چگونه پژوهش‌های آتی، به واسطهٔ استفاده از نتایج سایر پژوهش‌ها، بهبود می‌یابند؟
۲۴۸.....	منابع

افسردگی

۲۵۳.....	فصل ۸: آسیب‌پذیری نسبت به افسردگی، در کودکی و نوجوانی
۲۵۳.....	تعاریف و ویژگی‌های افسردگی در کودکان و نوجوانان
۲۶۷.....	روش‌های مورد استفاده برای مطالعهٔ آسیب‌پذیری نسبت به افسردگی
۲۶۸.....	نظریه و پژوهش آسیب‌پذیری نسبت به افسردگی در کودکان و نوجوانان
۲۶۹.....	عوامل ژنتیکی
۲۹۶.....	نتیجه‌گیری و پیشنهادهایی برای آینده
۳۰۱.....	منابع

۳۲۴.....	فصل ۹: آسیب‌پذیری نسبت به افسردگی در بزرگسالان
۳۲۴.....	تعاریف و مشخصه‌های افسردگی
۳۳۱.....	نظریه و پژوهش در حوزهٔ آسیب‌پذیری
۳۵۸.....	منابع

۳۶۷.....	فصل ۱۰: آسیب‌پذیری نسبت به افسردگی در گسترهٔ عمر
۳۶۸.....	موضوعات توصیفی و تشخیصی
۳۶۹.....	مدل‌های آسیب‌پذیری
۳۷۲.....	نتیجه‌گیری
۳۷۴.....	منابع



مقدمه

از زمان چاپ اولین نسخه این کتاب، حوزه نظریه و پژوهش در مورد شناسایی و درک فرایندهای موثر در گسترش آسیب‌روانی، رشد چشم‌گیری داشته است. امروزه شاهد پیش‌رفت قابل‌توجهی در زمینه شناسایی فرایندهای زیستی، شناختی و هیجانی آسیب‌پذیری هستیم. ترقی علوم زیستی و رفتاری، در این پیش‌رفت، نقش موثری داشته است. برای مثال، رشد ژنتیک مولکولی، منجر به شناسایی ژن‌های خاصی که در ایجاد اختلال‌های خاص، نقش علی ایفا می‌کنند و نیز شناسایی تعامل‌های ژن-محیطی مشخص، می‌شود. علاوه بر این، مدل‌های استرس-آمادگی و مدل‌های رشدی آسیب‌پذیری، جایگزین مدل‌های تک‌مولفه‌ای آسیب‌پذیری شده‌اند. شکل‌گیری این مدل‌های رشدی، موجب بهبود درک ما از تعامل میان فرایندهای آسیب‌پذیری و استرس محیطی در طول زمان و نیز تشخیص تأثیر این تعامل بر پیدایش و تداوم آسیب‌روانی شده است. در بستر این آگاهی فزاینده، ما و شرکای انتشاراتی ما در نشر گیلفورد، به این نتیجه رسیدیم که زمان خلاصه‌کردن آنچه که پس از زمان چاپ نخستین نسخه کتاب به دست آمده، فرارسیده است. هدف ما از تألیف ویرایش دوم کتاب، ثبت یافته‌های جدید در زمینه آسیب‌پذیری نسبت به اختلال‌های روانی و ارائه پیشنهادهایی برای پژوهش‌های آتی است. امیدواریم که نظریه‌ها و پژوهش‌های ارائه‌شده در این کتاب، سهم موثری در پیش‌رفت پژوهش در زمینه سبب‌شناسی، ارزیابی، و درمان آسیب‌شناسی روانی ایفا کند.

اولین تکلیف ما برای جمع‌بندی نسخه دوم، پیدا کردن، تماس گرفتن و جذب گروه متخصصان برجسته‌ای بود که در نگارش نسخه اولیه با ما همکاری کردند. خوش‌بختانه، توانستیم همکاری بخش عمده این نویسندگان را جلب کنیم. بسیار خرسندیم از این که توانستیم مجموعه مؤلفان کتاب را در نسخه‌های مختلف، تا حدود زیادی حفظ کنیم. تیم متشکل از متخصصان برجسته، فرایند تألیف نسخه فعلی را آغاز کردند.

مایل بودیم که ساختار اصلی این کتاب را که نقش مهمی در منحصربه‌فرد بودن آن داشت، حفظ کنیم. شکل اولیه کتاب توسط سیمور وینگرتن، سرویراستار گیلفورد، پیشنهاد شد. تصمیم

براین بود که کتاب براساس اختلال‌های عمده روانی که مبنای پژوهشی قابل‌توجهی دارند، فصل‌بندی شود. برای هر اختلال، یک فصل برای کودکان و نوجوانان و فصل دیگری در زمینه آسیب‌پذیری در بزرگسالی در نظر گرفتیم. این ساختار، به ما کمک کرد که گستره عمر از کودکی تا بزرگسالی را پوشش دهیم. به‌علاوه، پرداختن به فصل‌های کودکی و بزرگسالی در مورد هر اختلال، به تلفیق یافته‌های نظری و پژوهشی در سرتاسر عمر کمک می‌کند. فرض ما این است که افراد علاقه‌مند به آسیب‌پذیری در بزرگسالی، از فصل‌های کودکی هم استفاده خواهند کرد و برعکس. با این حال، در نظر گرفتن فصول جداگانه برای کودکی و بزرگسالی، راه‌حل کاملاً رضایت‌بخشی برای جبران نقص اطلاعات مربوط به گستره عمر نیست. بنابراین از تمام مؤلفان در فصل‌های کودک و بزرگسال درخواست کردیم که یک فصل خلاصه‌شده جمع‌بندی را با همکاری یک‌دیگر تألیف کنند که شامل نکات مشترک و متمایز آسیب‌پذیری در کودکی و بزرگسالی، و پیشنهادهایی برای پژوهش‌های آتی با هدف پل‌زدن بین این دو باشد. بنابراین، امیدواریم که هرکدام از این فصول- بزرگسالی، کودکی و جمع‌بندی- به شبیه‌سازی انسجام واقعی دانش آسیب‌پذیری در گستره عمر، کمک کند. با توجه به این اهداف، ساختار منحصربه‌فرد نسخه اول کتاب را در نسخه دوم نیز حفظ کردیم.

ما هم‌چنین تصمیم گرفتیم که همان اختلال‌های عمده در ویراست اول را در نسخه دوم نیز ارائه کنیم. این مسأله موجب حفظ توالی ادبیات پژوهشی در دهه‌های گذشته و حال حاضر می‌شود. می‌دانیم که اختلال‌های متعددی در ادبیات پژوهشی مورد بررسی قرار گرفته‌اند اما پوشش دادن تمام آن‌ها در یک کتاب ممکن نیست. این کتاب شامل گروه‌های عمده اختلال‌هاست: سوءمصرف الکل / مواد، افسردگی، اضطراب، اسکیزوفرنیا، و اختلال‌های خوردن. شاید برخی از حالت‌های روانی عمده در این کتاب ذکر نشده‌اند اما ما معتقدیم که بخش عمده اختلال‌هایی که مردم را تحت تأثیر قرار می‌دهند، ذکر شده‌اند.

ما با مشکل انتخاب بهترین روش برای طرح آسیب‌پذیری نسبت به اختلال‌های شخصیت نیز مواجه بودیم. این به‌خصوص موضوع پیچیده‌ای است زیرا تشخیص دقیق این اختلال‌ها در بزرگسالی دشوار است. هم‌چنین، اختلال‌های شخصیت، اغلب، همتای مشخصی در دوران کودکی ندارند در حالی که می‌دانیم ریشه این اختلال‌ها در فرایندهای رشد شخصیت در دوران کودکی نهفته است. به‌علاوه، باوجود این‌که ادبیات بالینی و علمی، وجود طیفی از اختلال‌های شخصیت را مشخص کرده است، تفکیک این اختلال‌ها از یک‌دیگر، بی‌نهایت دشوار است. می‌توانستیم این

اختلال‌ها را کنار بگذاریم، اما معتقدیم که این‌ها، مجموعه مهمی از اختلال‌ها هستند که حداقل، هم‌پوشانی زیادی با اختلال‌های دیگر دارند. بنابراین، همانند نسخه اول، فصلی را در نظر گرفتیم که شامل پیش‌آیندهای احتمالی اختلال‌های شخصیت بزرگسالی در دوران کودکی است. با این حال، بنابر ضرورت، ساختار این فصل با سایر فصل‌های کتاب متفاوت است. ولی اهداف ما در این فصل، مشابه سایر فصل‌هاست: شبیه‌سازی نظریه و پژوهش برای ایجاد یک رویکرد منسجم گستره عمر با هدف درک آسیب‌پذیری نسبت به اختلال روانی.

در این کتاب نیز مانند نسخه اول، چهار قسمت وجود دارند: قسمت اول شامل سه فصل است که مفاهیم آسیب‌پذیری در دوران کودکی و بزرگسالی را به‌طور مفصل توضیح می‌دهند. فصل اول، تألیف اینگرام و پرایس، شامل مرور کلی مفهوم آسیب‌پذیری نسبت به اختلال روانی است. فصل دوم، تألیف پرایس و زولینسکی، سازه‌ها و موضوع‌های آسیب‌پذیری نسبت به اختلال روانی در کودکی را بررسی می‌کند. و فصل سوم، تألیف اینگرام و گالاگر، این سازه‌ها و موضوعات را در ادبیات بزرگسالان مورد بررسی قرار می‌دهد. در قسمت دوم، گیگر و کریک (فصل چهارم)، مفهوم کلی شخصیت را از دیدگاه رشد در کودکی و نوجوانی مورد بررسی قرار می‌دهند و سپس کاربردهای مرتبط برای اختلال‌های شخصیت بزرگسالان را شناسایی می‌کنند.

در قسمت سوم، اختلال‌هایی را که قبلاً ذکر شدند، مطرح می‌کنیم. چیزن، بلتران، لی، هالر و ویالنتا (فصل پنجم)، آسیب‌پذیری نسبت به سوءمصرف الکل و مواد در دوران کودکی را مورد بررسی قرار می‌دهند و زولینسکی، کاشدن، گونزالس و هوگان (فصل ششم)، همتای بزرگسالی این اختلال را بررسی می‌کنند. فصل‌های بعدی، شامل بررسی افسردگی کودکی و نوجوانی، تألیف گاربر (فصل هشت) و فصل بزرگسالی، تألیف هامن، بیستریکی و اینگرام (فصل نهم) هستند. اضطراب، اختلال بعدی است. مل‌کارن، هنس‌داتیر و مرز (فصل دهم)، دوران کودکی و نوجوانی و ریس، نجمی و مک‌نالی (فصل یازدهم)، دوران بزرگسالی را مورد بررسی قرار داده‌اند. فصل‌های بعدی شامل نظریه‌ها و پژوهش‌های مربوط به آسیب‌پذیری نسبت به اسکیزوفرنیا هستند. در این جا ما با چالش دیگری مواجه شدیم زیرا اسکیزوفرنیا در اواخر نوجوانی یا اوایل بزرگسالی آغاز می‌شود. خوشبختانه، تخصص مولفان، به سازمان‌بندی پژوهش‌های آسیب‌پذیری در این حوزه کمک کرد. بنابراین، برنن و واکر (فصل چهاردهم) رویکردهای رشدی را به منظور درک اسکیزوفرنیا بررسی کردند و کمپتون و هاروی (فصل پانزدهم) پژوهش‌هایی را مرور کردند که

مبتنی بر سایر رویکردها بودند. فصل‌های پایانی در این قسمت، شامل اختلال‌های خوردن در دوران کودکی و نوجوانی، تألیف ادی، کیل و لئون (فصل هفدهم) و در دوران بزرگسالی، تألیف توماس، شوارتز و براونول (فصل هجدهم) هستند.

قسمت آخر، شامل یک فصل (فصل بیستم)، تألیف پرایس و اینگرام است که فصل‌های پیشین را خلاصه می‌کند و در مورد مسیر فعلی پژوهش‌های آسیب‌پذیری و مسیرهای آتی، پیشنهادهایی ارائه می‌کند. موضوع کلی این فصل این است که پژوهش‌های آسیب‌پذیری در دوران کودکی و نوجوانی باید تلفیق شوند زیرا هدف ما، درک چگونگی ایجاد اختلال‌های روانی و سپس درمان و پیش‌گیری از آنهاست.

در مراحل مفهوم‌سازی و ویرایش نسخه‌های اول و دوم این کتاب، ما از کمک عده‌ای استفاده کردیم. مایلیم از سیمور وینگارتن تشکر کنیم زیرا نه تنها از آغاز پروژه، حامی و مشوق ما بود بلکه در طراحی ساختار نسخه اصلی ما را راهنمایی کرد. هم‌چنین از جیم ناچئات، سرویراستار، به‌خاطر بینش و راهنمایی او و مهم‌تر از همه، صبر و شکیبایی او در مراحل تألیف و جمع‌بندی ویراست دوم، سپاسگزاریم. از جین کیسلر، دستیار ویراستار، به جهت کمک به یادآوری، سازمان‌دهی و جمع کردن جزئیاتی که کیفیت کار را افزایش دادند، تشکر می‌کنیم. مایه خرسندی ماست که با گروه متخصصان کاردان و مستعدی همکاری کردیم که نقش مهمی در تألیف دو ویراست کتاب داشتند. تشکر ویژه‌ای از مولفانی که در تألیف کتاب همکاری کردند، داریم. در بسیاری از موارد، ما صدایی از گذشته بودیم که وارد واقعیت فعلی این افراد شدیم و از کمک و تخصص آن‌ها برای تألیف مجموعه‌ای در زمینه آسیب‌پذیری نسبت به اختلال‌روانی کمک گرفتیم. با تشویق و درخواست نسبتاً کمی، همکاران ما برای تهیه این مجموعه به ما ملحق شدند و ما همیشه سپاسگزار آن‌ها خواهیم بود.

در نهایت، از خانواده‌هایمان، که از زمان چاپ نسخه اول، گسترده‌تر شده‌اند، به خاطر صبر و بردباری و تشویق‌شان سپاسگزاریم. همان‌طور که پژوهش‌های تاب‌آوری¹ نشان می‌دهند، مقابله با چالش‌های مختلف زندگی، از جمله گردآوری یک کتاب خوب، در صورت وجود حمایت و تشویق اطرافیان، با موفقیت بیشتری حل خواهند شد. تجربه شخصی ما در جمع‌آوری کتاب حاضر، این نکته را به‌خوبی نشان داده است.

1 . Resilience

اساس دیدگاه آسیب پذیری نسبت به آسیب روانی

نقش آسیب‌پذیری در درک آسیب‌شناسی روانی

ریک ای. اینگرام^۱ و جوزف ام. پرایس^۲

اعتقاد ما بر این است که هیچ هدفی در زمینه تحقیق در مورد آسیب‌شناسی روانی، مهم‌تر از فهم علل آسیب‌شناسی روانی نیست. اگرچه راه‌های مختلفی برای رسیدن به چنین هدفی وجود دارد، اما نظریه و تحقیق در مورد آسیب‌پذیری^۳، برای پاسخ به علت‌شناسی ضروری است. حتی تصور تلاش در جهت استخراج و فهم علل یک اختلال مشکل است چراکه این کار مستلزم بررسی فرایندهای پدیدآورنده آن اختلال خواهد بود. با این وجود تلاش برای درک آسیب‌پذیری نسبت به آسیب‌شناسی روانی، در واقع زیربنای تمام کوشش‌های انجام گرفته در جهت فهم آسیب‌شناسی روانی است.

در فصول مختلف این کتاب، نظریه‌ها و پژوهش‌های مرتبط با برخی از شرایط مختلف آسیب‌شناسی روانی بررسی شده‌اند. هر یک از این بررسی‌ها، بر نظریه آسیب‌پذیری خاص و یا داده‌هایی متمرکز است که با یک اختلال به‌خصوص مرتبط هستند. ما با این روش اختصاصی، بررسی خود را شروع می‌کنیم؛ هرچند دیدگاهی وسیع‌تر می‌تواند این باشد که آسیب‌پذیری در اختلال‌های مختلف زیربنای واحدی دارد. در این راستا، ابتدا بحث خود را با بررسی مختصری در مورد یک جنبه ویژه و در واقع مهم‌ترین جنبه آسیب روانی یعنی مفهوم علیت در آسیب-روانی، شروع می‌کنیم. در ادامه این بحث، موضوعاتی در مورد خود آسیب‌پذیری نیز ارائه می‌شوند. سپس مطالب مرتبط با روابط بین آسیب‌پذیری، خطر و تاب‌آوری مطرح می‌شوند و در نهایت، به مطالب مرتبط با تمایز بین کودکی و نوجوانی خواهیم پرداخت.

1- Ingram
2- Price
3- Valnerability

علّیت چیست؟

«علّیت» به فرایندهایی اشاره دارد که موجب ایجاد یا تسهیل انتقال از حالت بهنجار عملکرد روان‌شناختی به حالت نابهنجار می‌شوند. اگرچه این تعریف از علّت شناسی درست است، اما کافی نیست؛ علّیت، صرفاً به مرحله‌ی شروع اشاره نمی‌کند بلکه باید به دیگر فرایندهای مهمّ در سیر آسیب‌روانی نیز توجه داشت. بدین ترتیب، به نظر می‌رسد که بررسی کامل‌تری از مفهوم علّیت ضروری است تا بتوان هر دو فرایند شروع کننده و تداوم دهنده را مورد بحث قرار داد.

علّیت شروع کننده

برای آگاهی از علل آسیب‌روانی چه در اولین دوره و چه در دوره‌های بعدی یک اختلال، فهم فرایندهای دخیل در شروع آن ضروری است. این جنبه از آسیب‌پذیری، مقدمه‌ی پژوهش‌هایی است که به بررسی عوامل موثر در مواجهه افراد با خطر تجربه‌ی یک اختلال می‌پردازند. هم‌چنین، این پژوهش‌ها اطلاعاتی در این زمینه فراهم می‌آورند که چگونه فرایندهای مذکور، فرد فاقد اختلال را به سمت تجربه‌ی آسیب‌روانی سوق می‌دهند. علّیت شروع کننده را می‌توان از نظر نزدیکی یا دوری آن به شروع اختلال، مورد بررسی قرار داد. اگرچه محققان در تفکیک این دو فرایند خطر، اختلاف نظر دارند، اما عوامل نزدیک به اختلال، معمولاً عواملی هستند که درست قبل از وقوع اختلال بروز می‌کنند. هرچند که عوامل با فاصله از اختلال نیز قبل از بروز اختلال پدید می‌آیند، اما فاصله‌ی بیشتری تا زمان وقوع اختلال دارند. برای مثال، مدل‌های آسیب‌شناسی روانی که پاسخ‌های روان‌شناختی و فیزیولوژیک به حوادث زندگی را مشخص می‌کنند، علل نزدیک‌تر به اختلال را مدنظر قرار می‌دهند. از سوی دیگر، مدلی که بر عوامل خطر مربوط به دوران کودکی متمرکز است، به متغیرهای دورتر از زمان شروع اختلال، توجه می‌کند.

علّیت نگهدارنده

بعضی از پژوهشگران، میان شروع اختلال و تداوم آن تمایز قایل می‌شوند و به طور ضمنی پیشنهاد می‌کنند که شروع یا ظهور آسیب‌روانی، مترادف با علّیت است. متقابلاً، از آنجایی که فرایندهای موثر در تداوم اختلال، به عنوان علّت مطرح نمی‌شوند، اهمّیت کمی برای آن‌ها در نظر می‌گیرند (اینگرام، میراندا و سگال، ۱۹۹۸). باید توجه داشت که علّیت، صرفاً دربرگیرنده

عوامل شروع کننده نیست و در واقع عوامل تداوم دهنده یک اختلال نیز به عنوان علّیت در نظر گرفته می‌شوند.

بدین ترتیب به نظر ما، تمرکز انحصاری و محدود بر عوامل شروع کننده، مفهوم بسیار محدودی از سازه علّیت را به دست می‌دهد. به طور مثال، مورد افسردگی را در نظر بگیرید. براساس اکثر ارزیابی‌های صورت گرفته، افسردگی یک اختلال پایدار و دارای علایمی است که ماه‌ها و در برخی موارد حتی سال‌ها طول می‌کشد (نظیر افسرده‌خویی). در حقیقت، براساس توافق موجود، افسردگی درمان نشده بین ۶ ماه تا یک سال و یا بسته به شدت اختلال، احتمالاً تا ۲ سال طول می‌کشد (گودوین^۱ و جمیسون، ۱۹۹۰). در مدلی که بحث شد، عواملی که منجر به شروع یک اختلال می‌شوند، در واقع همان عواملی هستند که به تداوم اختلال دامن می‌زنند. حتی این عقیده چنین مطرح شده است که فرایندهای زمینه‌ای همراه با آسیب‌شناسی روانی، در بردارنده علّیت واقعی هستند. ممکن است در یک فرد، عوامل زمینه‌ای مهم‌تر از عوامل شروع کننده اختلال باشند. مثلاً در اختلالی مانند افسردگی، آسیب‌هایی در حوزه‌های مختلف روان‌شناختی، بین‌فردی، شغلی، تحصیلی و یا شاید زیستی به وجود می‌آیند که علّت آن‌ها صرفاً وقوع افسردگی نیست، بلکه، علّت این است که افسردگی هفته‌ها، ماه‌ها و شاید سال‌ها طول می‌کشد.

با وجود این که در مثال فوق بر افسردگی تمرکز شده است، شرایط مذکور تقریباً در مورد تمام حالت‌های آسیب‌روانی مسأله ساز هستند، زیرا تنها با وجود این اختلال‌ها سرو کار نداریم بلکه باید به تداوم آن‌ها در طول زمان هم پردازیم. بنابراین می‌توان این سؤال را مطرح کرد که آیا علل وقوع یک اختلال در طول زمان، کم اهمیت‌تر از علل وقوع اولیّه آن اختلال هستند؟ بدین ترتیب، می‌توان گفت که درک کامل آسیب‌پذیری، نیاز به تحقیق و بررسی در مورد عواملی دارد که نه تنها حالت اولیّه اختلال را به وجود می‌آورند، بلکه عواملی که تداوم آن اختلال را در طول زمان دامن می‌زنند، نیز باید بررسی شوند.

آسیب‌پذیری چگونه تبیین می‌شود؟

منطقی است که فرض کنیم هر کتابی در حوزه آسیب‌پذیری نسبت به آسیب‌روانی، باید حداقل تعدادی تعریف کاربردی در زمینه ماهیّت آسیب‌پذیری را ارائه دهد. اگرچه رویکرد آسیب‌پذیری نسبت به آسیب‌شناسی روانی، حداقل چندین دهه قدمت دارد ولی همانند

تعاریف آسیب‌شناسی روانی، توافق اندکی در مورد یک تعریف مناسب برای «آسیب‌پذیری» وجود دارد (اینگرام و همکاران ۱۹۹۸). حتی با وجود نقش مهم آسیب‌پذیری در ایجاد زمینه‌های نظری و پژوهشی، این ضعف توصیفی قابل توجه است. استفاده از مجموعه‌ای از اطلاعات برای ارایه تعریفی از آسیب‌پذیری امکان‌پذیر است، زیرا همان‌طور که قبلاً بحث کردیم، آسیب‌پذیری هنگامی معنا پیدا می‌کند که قابل مشاهده باشد و محققان بتوانند گروه‌های آسیب‌پذیر را برای مطالعه، شناسایی و توصیف کنند. برای مثال، داده‌ها نشان می‌دهند افرادی که یک اختلال را تجربه کرده‌اند، با احتمال بیشتری به اختلال دیگر نیز مبتلا می‌شوند و از این رو محققان می‌توانند چنین گروه‌هایی را برای مطالعه آسیب‌پذیری جمع‌آوری کنند. تا کنون تعاریف عملیاتی نتوانسته‌اند به این سوال پاسخ دهند که چه چیزی، خود ساختار آسیب‌پذیری را شکل می‌دهد.

البته، تعاریف ساده‌ی زیادی در مورد آسیب‌پذیری وجود دارند که برای استفاده‌ی عموم کاملاً مناسب هستند. برای مثال، گفته می‌شود که بعضی از افراد، آسیب‌پذیر و یا مستعد آسیب‌روانی هستند. با این حال، از نقطه نظر علمی، به کار بردن واژه‌ای که توصیف ضعیفی از یک پدیده ارایه می‌کند، وسیله مناسبی برای توصیف ماهیت و پیچیدگی آسیب‌پذیری نیست. از این رو، تعاریف جامع و درست از آسیب‌پذیری و ویژگی‌های هسته‌ای آن، شامل تعاریفی هستند که بتوانند ویژگی‌هایی را نشان دهند که در خلال نظریه و پژوهش، بررسی و آزمایش شده‌اند، و بنابراین بتوانند سرنخ‌های مهمی را درباره‌ی ماهیت آسیب‌پذیری ارایه دهند (اینگرام، ۱۹۹۸).

مشخصه‌های اساسی آسیب‌پذیری

بررسی ادبیات موجود در این زمینه نشان می‌دهد که همواره مضامین متعددی در مباحث آسیب‌پذیری مطرح می‌شوند. این مضامین، عمدتاً بر مواردی چون آسیب‌پذیری به عنوان یک صفت، ماهیت درونی و نهفته آسیب‌پذیری و نقش فشار روانی در وقوع به آسیب‌پذیری تمرکز دارند. در ادامه، هر کدام از این مفاهیم را به طور مختصر، مورد بررسی قرار خواهیم داد.

آسیب‌پذیری یک صفت پایدار است.

معمولاً پژوهشگران آسیب‌پذیری را به عنوان یک صفت پایدار در نظر می‌گیرند. در میان سردمداران نظریه و پژوهش در حوزه آسیب‌پذیری، زوبین^۱ و اسپرینگ (۱۹۷۷) احتمالاً بیش از سایرین، بر ماهیت صفت گونه آسیب‌پذیری تأکید کرده‌اند: «ما آسیب‌پذیری را به عنوان صفتی

1- Zubin

نسبتاً پایدار و بادوام در نظر می‌گیریم»؛ (صفحه ۱۰۹). «یکی از ویژگی‌هایی که تمام بیماران اسکیزوفرن دارند، . . . وجود دائمی آسیب‌پذیری در آن‌هاست» (صفحه ۱۲۲). زوبین و اسپرینگ شکّ ندارند که «آسیب‌پذیری»، به فرایندهای ثابت در زمان، قابل اطلاق است.

سایر محققان تمایل ندارند که آسیب‌پذیری را به عنوان یک ویژگی کاملاً مشخص در نظر بگیرند، اما تلویحاً ماهیت شبه صفتی آسیب‌پذیری در بسیاری از مباحث مرتبط با این مفهوم، مشاهده می‌شود. احتمالاً فرض‌های مربوط به ثبات آسیب‌پذیری، ریشه در تحلیل‌های ژنتیکی دارد که توسط پژوهشگران پیشرو در این حوزه مورد استفاده قرار گرفته‌اند. برای مثال، بسیاری از پژوهشگران حوزه ژنتیک اسکیزوفرنیا، به توارث ژنتیکی افراد در معرض خطر ابتلا به این اختلال، اشاره کرده‌اند. مفهوم مطرح شده توسط میل^۱ (۱۹۶۲)، در مورد اسکیزوتاکسی، شامل نقص عصبی ارثی است، در حالی که سایر پژوهشگران نظیر زوبین و اسپرینگ (۱۹۷۷) و نیکولسون^۲ و نوفلد (۱۹۹۲)، معتقدند که عوامل ژنتیکی، سطح آسیب‌پذیری را (حداقل^۳ در مورد اسکیزوفرنیا) تعیین می‌کنند.

بر اساس این مفاهیم، کاهش سطوح آسیب‌پذیری امکان‌پذیر نیست. با این حال، ممکن است عوامل مختلفی نظیر عواملی که نوروشیمی مغز را تحت تأثیر قرار می‌دهند، بتوانند سطوح کارکردی آسیب‌پذیری را کاهش دهند. مثال روشنی در این زمینه، درمان دارویی اختلال‌های روانی است. برای مثال لیتیوم کربنات می‌تواند احتمال ایجاد علائم یک دوره^۴ دو قطبی را از طریق کنترل نوروشیمی زیربنایی آسیب‌پذیری تغییر دهد. کاهش مشابهی در آسیب‌پذیری کارکردی، با درمان‌های دارویی افسردگی شامل گروه‌های مختلف سه حلقه‌ای‌ها و بازدارنده‌های جدید جذب مجدد سروتونین مشاهده می‌شوند (پاتر^۳، پادیچ، رودورفر و کریشنان، ۲۰۰۶؛ شلتون^۴ و لستر، ۲۰۰۶). با وجود این که ممکن است آسیب‌پذیری کارکردی تغییر یابد و احتمال ابتلای فرد به اختلال کاهش یابد، ولی آسیب‌پذیری هم‌چنان وجود خواهد داشت؛ برای مثال، احتمال وقوع یک دوره^۴ فعال اختلال، با قطع دارو درمانی افزایش می‌یابد. بنابراین اگرچه آسیب‌پذیری را می‌توان کنترل کرد اما صفت آسیب‌پذیری هم‌چنان باقی می‌ماند.

1- Meehl
2- Nicholson
3- Potter
4- Schizotaxia-

ماهیت شبه صفتی آسیب‌پذیری، با وضوح بیش‌تری در طبیعت دوره‌ای اختلال‌های روانی مشاهده می‌شود. برای مثال زوبین و اسپرینگ (۱۹۷۷) صفت پایدار آسیب‌پذیری را از دوره‌های اسکیزوفرنیایی که «حالت‌های انعطاف‌پذیر و تضعیف‌شونده دارند»، تفکیک نموده‌اند (صفحه ۱۰۹). هولون^۱، ایوانزو درابیس (۱۹۹۰) و هولون و کاب^۲ (۱۹۹۳)، بین موارد ذیل تمایز قایل شده‌اند: ۱) صفات پایدار آسیب‌پذیری که فرد را مستعد ابتلا به یک اختلال می‌کنند اما موجب تداوم آن نمی‌شوند و ۲) متغیرهای پایداری که موجب ظهور علایمی می‌شوند که نشان‌دهنده شروع اختلال هستند. بنابراین از نظر پژوهشگران عوامل مستعدکننده، صفات پایداری هستند، در حالی که اختلال به عنوان یک حالت توصیف می‌شوند. حالت‌های اختلال به وجود می‌آیند و سپس طی یک دوره چرخه‌ای بین ظهور و بهبود، زوال می‌یابند. اما صفاتی که موجب آسیب‌پذیری نسبت به این حالت‌های اختلال می‌شوند، ثابت باقی می‌مانند.

با وجود این که بسیاری از پژوهشگران به خصوص آن‌هایی که در حیطه ژنتیک کار می‌کنند به پایداری و دوام آسیب‌پذیری اعتقاد دارند اما این حالت همیشه برقرار نیست؛ به ویژه زمانی که سطح آسیب‌پذیری، بیش‌تر از لحاظ ماهیت روان‌شناختی تحلیل می‌شود تا ژنتیکی. همان‌طور که خاطر نشان کردیم فرضیه‌های مبتنی بر آسیب‌پذیری ژنتیکی، شانس اندکی برای اصلاح ویژگی‌های آسیب‌پذیری قایل هستند. با این وجود، اغلب رویکردهای روان‌شناختی بر یادگیری مختل به عنوان زیربنای آسیب‌پذیری تأکید می‌نمایند. براساس این رویکردها، تجارب جدید یادگیری که روی عوامل خاصی از آسیب‌پذیری تأثیرگذارند نه تنها می‌توانند سطوح کارکردی آسیب‌پذیری را تغییر دهند بلکه قادرند سطوح واقعی آسیب‌پذیر را متأثر سازند. برای مثال هولون، استوارت و استرانک (۲۰۰۶)، هولون و همکاران (۱۹۹۰) و هولون و کوب (۱۹۹۳)، داده‌هایی را گزارش کرده‌اند مبنی بر این که درمان افسردگی با استفاده از روش‌های شناختی در مقایسه با دارو درمانی، در پیشگیری از عود و تکرار افسردگی موثرتر است. احتمالاً علت این است که آسیب‌پذیری زیربنایی، حداقل تا حدودی تغییر یافته بوده است. هولون و همکاران (۱۹۹۰) و هولون و کاب (۱۹۹۳)، ادعا می‌کنند که درمان‌های دارویی تا حد زیادی سرکوب‌کننده علائم هستند، در حالی که مداخلات روان‌شناختی نظیر درمان شناختی که به منظور تغییر دادن ساختارهای شناختی ناکارآمد ایجاد شده‌اند (با این فرض که آسیب‌پذیری ریشه در این ساختارهای معیوب دارد) آمادگی نسبت به آسیب‌روانی را کاهش می‌دهند. کاهش بازگشت علائم اختلال در طول زمان، شهادی بر کاهش آسیب‌پذیری است.

1- Hollon
2- Cobb

هرچند که احتمال دارد که در میان آثار پیشگیری‌کننده درمان شناختی، عواملی غیر از کاهش آسیب‌پذیری وجود داشته باشند، اما این مثال نشان می‌دهد که حداقل به لحاظ نظری، چگونه سطوح واقعی آسیب‌پذیری می‌توانند تغییر کنند.

البته براساس رویکردهای روان‌شناختی، احتمال آسیب‌پذیری تحت تأثیر تجارب اصلاحی معینی کاهش می‌یابد و یا با گذشت زمان بر میزان آن افزوده می‌شود. احتمال دوم زمانی مطرح می‌شود که مواجهه مداوم با تجارب بیزاری‌آور و رویدادهای استرس‌زای زندگی، عوامل تشکیل‌دهنده آسیب‌پذیری را تقویت نمایند. براساس برخی از رویکردها، تجربه مکرر اختلال، می‌تواند آسیب‌پذیری نسبت به شروع بعدی آن را افزایش دهد. برای مثال، در توصیف مفهوم "فروزش"^۱، پست^۲ (۱۹۹۲ و ۲۰۰۷)، چنین روندی را در حوزه اختلال‌های عاطفی مطرح می‌کند. پست معتقد است که هر دوره اختلال عاطفی، یک ردّ زیستی عصبی از خودباقی می‌گذارد که منجر به تقویت مسیرهایی می‌شوند که در اثر افزایش استرس‌های جزئی، مکانیزم‌هایی را فعال می‌کنند که منجر به ظهور اختلال می‌شوند. این فرآیند، در نهایت، آسیب‌پذیری را افزایش می‌دهد.

این احتمال که سطوح روان‌شناختی آسیب‌پذیری می‌توانند تغییر کنند (افزایش یا کاهش یابند)، تمایز ظریف اما بسیار مهمّ میان ثبات^۳ و پایداری^۴ را آشکار می‌نماید. ثبات و پایداری، ممکن است مترادف به نظر برسند. با این حال، اگر چه مفهوم ثبات، به وضوح مقاومت در برابر تغییر را نشان می‌دهد، آن را غیرممکن نمی‌داند. در شرایط مناسب، ممکن است تغییرات مثبتی در یک متغیر ثابت رخ دهد. در حقیقت، روان‌درمانی بر همین اصل متکی است. با این حال، بدون مداخله یا بدون وقوع سایر تجربه‌های مهمّ زندگی، تغییرات بسیار کمی در متغیرهای روان‌شناختی ثابت رخ می‌دهد. از طرف دیگر، متغیرهایی که پایدار قلمداد می‌شوند، به ویژه فرآیندهای زیستی ناشی از فرآیندهای ژنتیکی، دارای دوام و پایداری هستند. این متغیرها نه تنها در شرایط عادی در مقابل تغییر مقاومند بلکه در حقیقت، احتمال هیچ‌گونه تغییری در آنها وجود ندارد.

1- Kindling

2- Post

3-Stability

4-Permanence

آسیب‌پذیری، درون زاد و نهانی است.

یکی دیگر از مشخصه‌های اصلی که احتمالاً می‌توان از مجموع کارهای انجام شده بر روی آسیب‌پذیری به دست آورد، این است که آسیب‌پذیری، یک متغیر درون‌زاد است. احتمالاً این مسئله را به روشنی در مفهوم سازی‌های ژنتیکی و هم‌چنین روان‌شناختی در مورد آسیب‌پذیری می‌توان دید. در واقع، سوال این است که آیا به وجود آمدن آسیب‌پذیری در یک فرد، ریشه در ویژگی‌های ذاتی او دارد یا حاصل فرایند یادگیری است. این نگاه به آسیب‌پذیری، در تقابل با سایر نظرات قرار دارد که یا بر منابع محیطی و بیرونی استرس تمرکز دارند که موجب آغاز یک اختلال می‌شوند و یا بر سبک‌های بین فردی متمرکزند که موجب بروز تعاملات ناخوشایند می‌گردند (برای مثال جوینر^۱ و کوینی، ۱۹۹۹). در قسمت مربوط به تفکیک آسیب‌پذیری از خطر، در مورد این تمایز کامل‌تر بحث خواهیم کرد. در حال حاضر لازم است به این نکته توجه داشته باشیم که متغیرهای بیرونی، واجد اهمیت آشکار هستند، اما با این حال، فرایندهای آسیب‌پذیری در درون فرد متمرکز می‌باشند.

در راستای این اعتقاد که آسیب‌پذیری یک فرایند درون‌زاد بوده و علی‌رغم افزایش و در بسیاری از موارد، کاهش حالت‌های قابل مشاهده آسیب روانی، ثابت باقی می‌ماند، برخی از پژوهشگران پیشنهاد می‌کنند که آسیب‌پذیری به سهولت قابل مشاهده نیست و بنابراین می‌تواند به عنوان یک فرآیند نهفته، مفهوم‌سازی شود. از یک دیدگاه پژوهشی که مطالعه تجربی را سرلوحه کار خود قرار می‌دهد، ملاک‌های عینی آسیب‌پذیری با وضوح بیشتری قابل مشاهده خواهد بود. پژوهشگران زیادی در جستجوی یافتن نشانه‌های تجربی معتبر برای وجود آسیب‌پذیری بوده‌اند. روش‌های پژوهشی متعددی برای شناسایی شواهد آسیب‌پذیری وجود دارند، اما این روش‌ها بر مبنای چند فرضیه عمل می‌کنند؛ ۱) فرایندهای آسیب‌پذیری در افرادی که فاقد نشانه‌های ظاهری اختلال و یا واجد تعداد کمی از آن‌ها هستند، نیز وجود دارند ۲) این فرایندها یک ارتباط علی با ظهور نشانه‌ها دارند و ۳) فرایندهای مذکور قابل مشاهده نیستند و بنابراین دست یافتن به آن‌ها دشوار است. این مطلب به خصوص در مورد پژوهش‌هایی مطرح است که بر یک رویداد استرس‌زا و یا چالش برانگیز متکی هستند که موجب آشکار شدن عوامل آسیب‌پذیری می‌شوند (مراجعه کنید به شلتون^۲، هولون، پاردون و لوسن، ۱۹۹۱؛ بحثی در مورد پارادایم چالش در زمینه مفهوم‌سازی آسیب‌پذیری و عدم تنظیم). بنابراین جستجوی نشانه‌های آسیب‌پذیری که همان جستجو برای پیش‌بینی‌کننده‌های اختلال

1- Joiner
2- Shelton

در غیاب علائم آن اختلال است، در واقع، یک خطّ مشی تجربی است که اعتقاد دارد آسیب‌پذیری حضور دارد و پایدار است اما به سادگی قابل دسترسی نیست؛ این بدان معناست که آسیب‌پذیری نهانی است.

نقش استرس

ما به اهمیت تاثیر استرس بر جنبه‌های مختلف آسیب‌پذیری اشاره کردیم و بنابراین لازم است به یاد داشته باشیم که اگرچه استرس مانند ثبات و درون‌زاد بودن، از ویژگی‌های بنیادین آسیب‌پذیری نیست، ولی متغیر مهمی است که در تمام بحث‌های مربوط به ویژگی‌های بنیادین آسیب‌پذیری باید مورد توجه قرار گیرد. از این‌رو استرس را به عنوان عاملی مؤثر در مفهوم‌سازی آسیب‌پذیری بررسی می‌کنیم.

بررسی جامع تعاریف استرس، یک کتاب کامل را به خود اختصاص خواهد داد و در واقع کتب جامعی به این موضوع پرداخته‌اند (به طور مثال: براون^۱ و هریس، ۱۹۸۹؛ کوهن^۲، ۱۹۸۸). با این حال، به طور کلی، استرس در قالب طبقات متعدّد و گسترده‌ای قابل درک می‌باشد. گروهی از محققان در حوزه آسیب‌پذیری (برای مثال لوتار^۳ و زیگلر، ۱۹۹۱؛ مونرو^۴ و سیمونز، ۱۹۹۱)، معتقدند یک طبقه بزرگ از استرس‌ها وقوع حوادث مهمّ زندگی است که فرد آن‌ها را به صورت ناخواسته و بی‌زاری آور تعبیر می‌کند. نوع دیگری از استرس، حاصل جمع حوادث کوچک، چالش‌ها یا مجادلات روزمره است (لازاروس^۵، ۱۹۹۰).

با وجود این که تعاریف استرس متعدّدند، می‌توان گفت که استرس به طور کلی، شامل حوادث زندگی (بزرگ یا کوچک) است که در مکانیزم‌های مسئول حفظ ثبات فیزیولوژیک، هیجانی و شناختی فرد تداخل ایجاد می‌کنند. براساس تعاریف کلاسیک استرس، این حوادث فشاری را بر توانایی انطباق فرد وارد می‌کنند که موجب به هم خوردن عملکرد عادی یا عادات‌های فرد می‌شود. بنابراین استرس، تعادل فیزیکی و روان‌شناختی فرد را بر هم می‌زند و لذا در مدل‌های مختلف روان‌شناسی، صرف نظر از این که این مدل‌ها بر عوامل آسیب‌پذیری (درون‌زاد) متمرکز باشند یا نه، به عنوان یک متغیر بحرانی مورد توجه قرار می‌گیرند (مونرو و هارکنس، ۲۰۰۵؛ مونرو و سیمونز، ۱۹۹۱).

1- Brown
2- Cohen
3- Luthar
4- Monroe
5- Lazarus

مشکلات مربوط به مفهوم‌سازی و ارزیابی استرس و هم‌چنین مفاهیم مرتبط با تفکیک استرس از آسیب‌شناسی روانی، به خوبی مشخص شده‌اند (برای مثال هامن^۱، ۱۹۹۱؛ مونرو و هارکنس، ۲۰۰۵؛ مونرو و سیمونز، ۱۹۹۱). با این حال ما معتقدیم که در سطح مفهومی، لازم است استرس از آسیب‌پذیری و اختلال روان‌شناختی تفکیک شود. این تفکیک مفهومی، نشان‌دهنده این احتمال است که استرس می‌تواند مستقل از فرایندهای ارزیابی وجود داشته باشد و یا می‌تواند به نحوی تعریف و به صورت عینی اندازه‌گیری شود که همه با آن موافق باشند. برای مثال، تصادف اتومبیل که منجر به وابستگی دایم فرد به صندلی چرخ‌دار می‌شود، صرف نظر از فرایندهای ارزیابی، برای هر شخصی استرس‌زاست. علاوه بر این تفکیک مفاهیم استرس و آسیب‌پذیری، موجب تسهیل بحث در مورد متغیرهای بالقوه فعال در آسیب‌شناسی روانی می‌گردد و از این طریق می‌توان در مورد استرس، بدون توجه به وضعیت فرایندهای ارزیابی، گفتگو کرد.

رابطه استرس - آمادگی^۲

با تفکیک مفهومی استرس و آسیب‌پذیری، بررسی ارتباط استرس - آمادگی امکان‌پذیر خواهد بود. مفهوم دیاتری یا آمادگی در اصطلاحات پزشکی دارای تاریخچه‌ای طولانی است. مونرو و سیمونز (۱۹۹۱) با بررسی تاریخچه فوق‌اعلام کرده‌اند که این مفهوم به دوران یونان باستان برمی‌گردد و اواخر سده ۱۸۰۰ وارد حوزه روان‌پزشکی رایج روز شد. آمادگی، به زمینه ابتلا به بیماری‌ها اطلاق می‌شود و برآمده از تمرکز اولیه بر عوامل بهداشتی و زیستی در ترکیب با متغیرهای روان‌شناختی نظیر آمادگی‌های شناختی و بین فردی است. به علاوه، تصور می‌شود که آمادگی، نهفته هست و هم‌چنان که گفتیم، قبل از این که آسیب روانی رخ دهد، باید به نحوی فعال شود. براساس این مفهوم، بسیاری از مدل‌های آسیب‌شناسی روانی، در واقع مدل‌های استرس - آمادگی هستند. بنابراین، با وجود توافق کلی مبنی بر درونی بودن فرآیند آسیب‌پذیری، بسیاری از مدل‌ها پیشنهاد می‌کنند که رویدادهایی که استرس‌زا ادراک می‌شوند، فرآیندهای آسیب‌پذیری مرتبط با شروع اختلال را فعال می‌کنند. بنابراین در بسیاری از موارد، آسیب‌شناسی روانی تأثیر متقابل آمادگی (نهفته یا درونی) و رویدادهایی تلقی می‌شود که استرس‌زا ادراک می‌شوند. در قالب مفهوم استرس - آمادگی، استرس در واقع با تمام مفهوم‌سازی‌های آسیب‌پذیری، قابل تلفیق است.

1- Hammen

2- Stress - diathesis

خلاصهٔ مشخصه‌های اساسی آسیب‌پذیری

در مجموع، مرور ادبیات گستردهٔ آسیب‌پذیری، تعدادی از ویژگی‌های اساسی توصیف‌کنندهٔ مفهوم آسیب‌پذیری را آشکار می‌کند. شاید اساسی‌ترین مشخصهٔ آسیب‌پذیری این است که به عنوان یک صفت تلقی می‌شود و نه نوعی حالت که در واقع توصیف‌کنندهٔ ظهور واقعی اختلال است. همچنین لازم به ذکر است که با وجود این که آسیب‌پذیری براساس برخی مفهوم‌سازی‌ها، به عنوان یک صفت تلقی می‌شود (با این وجود که آسیب‌پذیری روان‌شناختی ثابت و نسبتاً مقاوم در برابر تغییر است)، ولی لزوماً دایمی و یا تغییرناپذیر نیست. ممکن است تجارب اصلاحی رخ دهند که آسیب‌پذیری را تضعیف نمایند، یا برعکس، تجارب خاصی ممکن است که عوامل آسیب‌پذیری را تشدید کنند. به علاوه، آسیب‌پذیری به عنوان یک فرایند درون‌زاد در نظر گرفته می‌شود که نهفته است. در نهایت، با وجود این که استرس از نظر مفهومی، با آسیب‌پذیری متفاوت است، ولی در بسیاری از مدل‌ها، یک بعد مهم از آسیب‌پذیری محسوب می‌شود و در بسیاری از مدل‌ها این فرض وجود دارد که آسیب‌پذیری بدون استرس، واقعی نخواهد بود. این جنبهٔ آخر آسیب‌پذیری، بیانگر مفهوم رویکرد استرس - آمادگی است که در بسیاری از مدل‌های موجود در آسیب‌پذیری روانی رایج است.

ارتباط میان آسیب‌پذیری، خطر و تاب‌آوری

معمولاً اصطلاحاتی نظیر «آسیب‌پذیری روانی»، «خطر» و «تاب‌آوری»، به جای هم مورد استفاده قرار می‌گیرند. این نوع کاربرد قابل درک است، زیرا در اکثر نظریه‌های مربوط به آسیب‌پذیری، خطر و تاب‌آوری اشاره به پدیده‌های مشابهی دارند و معتقدند که این مفاهیم دارای تعدادی ویژگی‌های مشترک هستند. با این حال، ما معتقدیم که این اصطلاحات و سازه‌هایی که نمایندهٔ آن‌ها هستند، متفاوت بوده و در مباحث مربوط به آسیب‌پذیری باید به وضوح تفکیک شوند. بنابراین ما به ترتیب ارتباط میان آسیب‌پذیری و خطر و آسیب‌پذیری و تاب‌آوری را بررسی می‌نماییم.

آسیب‌پذیری و خطر

آسیب‌پذیری و خطر مترادف نیستند. مفهوم خطر به هر گونه متغیری اشاره دارد که با افزایش احتمال تجربهٔ یک اختلال مرتبط است (مثل فقر و استرس ناشی از بی‌عدالتی‌های اجتماعی). بنابراین خطر، احتمال بدکارکردی را پیش‌بینی می‌کند. می‌توان گفت که وجود عوامل خطر،

صرفاً موجب افزایش احتمال وقوع یک اختلال می‌شود، اما لزوماً اطلاعاتی در باب مکانیزم‌های یک اختلال ارایه نمی‌دهد. بدین معنا که احتمال ایجاد اختلال در یک فرد را نشان می‌دهد، اما در مورد چرایی و چگونگی پیدایش آن اختلال اطلاعی به دست نمی‌دهد. بنابراین، خطر بیش‌تر به متغیرهای توصیفی اشاره می‌کند تا متغیرهای علی.

از آن‌جا که عوامل خطر، غالباً اطلاعاتی در مورد مکانیزم‌های واقعی ایجاد کننده آسیب روانی ارایه نمی‌دهند، داشتن اطلاعاتی در مورد عوامل خطر، ضرورتاً به تعیین روش‌های مداخله روانی اجتماعی مفید کمکی نمی‌کند. مؤثرترین درمان برای یک اختلال، نه فقط علایم اختلال بلکه مکانیزم‌های سبب‌ساز آن را نیز باید مورد هدف قرار دهد. با این حال، برخی مؤلفان پیشنهاد می‌کنند که درمان مؤثر، درمانی است که عوامل خطر توصیف شده را به صورت گسترده تغییر دهد. برای مثال آلبی^۱ (۲۰۰۰) معتقد است تا زمانی که عوامل خطر نظیر فقر و بی‌عدالتی‌های اجتماعی تغییر نیافته‌اند، احتمالاً درمان فردی، غیرمؤثر و ناکافی خواهد بود و این مانند گذاشتن یک لایه بانداز برای توقف خون‌ریزی شدید است.

لازم به ذکر است که اگر چه خطر و آسیب‌پذیری، از لحاظ مفهومی متفاوت هستند، این متغیرها از نظر تجربی لزوماً نامرتب نیستند. در این رابطه راتر^۲ (۱۹۸۷) و لوتار^۳ و زیگلر (۱۹۹۱)، معتقدند که این متغیرها برای شروع اختلال بر یکدیگر تأثیر و تأثر متقابل دارند. بنابراین، زمانی که فردی به دلیل زندگی در یک محیط استرس‌زا در معرض خطر باشد، در صورت دانا بودن مکانیزم‌های آسیب‌پذیری، با خطر ابتلا مواجه خواهد شد. برای مثال، یک موقعیت مانند زندگی در فقر ممکن است مکانیزم‌های بی‌نظمی، که قلب شروع اختلال هستند را فعال کند. این مطلب، اساس تعامل استرس - آمادگی است که یکی از ویژگی‌های بسیاری از مدل‌های روان‌شناسی محسوب می‌شود.

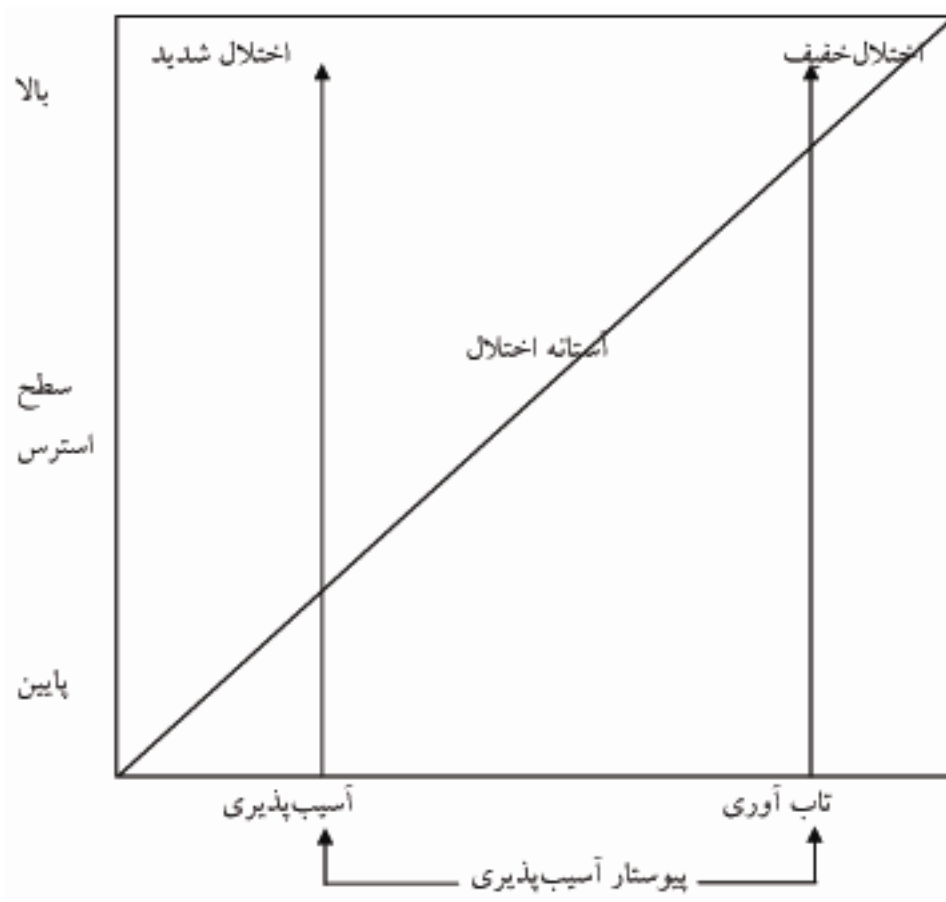
باید خاطر نشان کرد که خطر، بیش‌تر یک عامل توصیفی است تا علی و فقط آسیب‌پذیری، به عنوان یک عامل درون‌زاد می‌تواند نقشی علی بازی کند. با این وجود، داده‌ها نشان داده‌اند که متغیرهای مربوط به خطر، هم می‌توانند شروع آسیب روانی را پیش‌بینی کنند و هم با آسیب‌پذیری مرتبطند. بر اساس این یافته‌ها، می‌توان پیشنهاد کرد که متغیرهای خطر، ممکن است اهمیت علی هم داشته باشند. با این حال، راتر (۱۹۸۸) با در نظر گرفتن نقش علی برای متغیرهای خطری که به نظر می‌رسد با یک اختلال مرتبط باشند، مخالف است. برای مثال، وی

1- Albee
2- Rutter
3- Luthar

خاطر نشان می‌کند که خطر و آسیب‌پذیری، به‌واسطهٔ تعامل‌شان در آغاز آسیب روانی، با هم مرتبط هستند. راتر و همکاران (۱۹۸۸) برای نشان دادن این نکته، یافته‌هایی را از پژوهش‌های خود مثال می‌زنند که نشان می‌دهد نمرات آزمون در یک امتحان سراسری در مدارس بالاتر بود که نتایج کار دانش‌آموزان را بر روی پانل‌ها نشان می‌دادند (راتر، موگان، مورتیمور و اوستون، ۱۹۷۹). به صورت تجربی، این مسأله پیش‌بینی‌کنندهٔ عملکرد بهتر در آزمون است اما ممکن است تعداد کمی این تصور را داشته باشند که گذاشتن نتایج کار دانش‌آموزان بر روی پانل، به علت نمرات بالای آن‌ها بوده است. در واقع چنین رفتاری، نشانگر جو آموزشی بود که تا حدی با عملکرد بهتر ارتباط داشته است. در مجموع، خطر، یک متغیر پیش‌بینی‌کنندهٔ مهم است که به نظر می‌رسد هماهنگ با آسیب‌پذیری عمل می‌کند، اما این دو مفهوم، چه از لحاظ نظری و چه از نظر تجربی مکانیسم‌های یکسانی ندارند. به عبارت دیگر، «آسیب‌پذیری»، واژه‌ای است که باید برای بحث در مورد مکانیسم‌های دخیل در شروع یا تداوم یک اختلال مورد استفاده قرار بگیرد.

آسیب‌پذیری و تاب‌آوری

«عدم آسیب‌پذیری»، «صلاحیت»، «عوامل محافظت‌کننده» و «تاب‌آوری» اصطلاحاتی هستند که توسط پژوهشگران مختلف برای توصیف حالت مقابل آسیب‌پذیری به کار می‌روند. هر کدام از این اصطلاحات، القاء‌کنندهٔ سطوحی از عدم آسیب‌پذیری در مقابل آسیب روانی در شرایط مواجهه با استرس هستند و با وجود این که به صورت منطقی به جای هم مورد استفاده قرار می‌گیرند، برخی تفاوت‌های ظریف میان آن‌ها وجود دارد. برای مثال «عدم آسیب‌پذیری»، منعکس‌کنندهٔ مصونیت کامل در برابر آسیب‌روانی است، به‌گونه‌ای که افراد به عنوان «نامستعد» توصیف می‌شوند و این معنای تلویحی را در پی دارد که آن‌ها هرگز یک اختلال را تجربه نخواهند کرد. از طرف دیگر، تاب‌آوری القاء‌کنندهٔ این مطلب است که اگر چه احتمال تجربهٔ آسیب‌روانی کم است، اما ناممکن نیست. بنابراین، ما مفهوم تاب‌آوری را به سایر اصطلاحات ترجیح می‌دهیم زیرا کاهش احتمال آسیب روانی و نه از بین رفتن آن را منعکس می‌کند.



شکل ۱-۱: پوستار استرس - آمادگی، زمانی که آسیب‌پذیری در بالاترین سطح است، استرس کمی برای برانگیختن افسردگی مورد نیاز خواهد بود.

فرض بر این است که تاب‌آوری و آسیب‌پذیری، دو انتهای متفاوت پوستار آسیب‌پذیری را تشکیل می‌دهند. به نظر می‌رسد که چنین پیوستاری در کنار مفهوم استرس، احتمال وقوع حالت اختلال را نشان می‌دهد. بنابراین در قطب آسیب‌پذیری این پوستار، مقدار کمی استرس زندگی می‌تواند برای بروز یک اختلال کافی باشد. ولی در قطب تاب‌آوری این پوستار، برای ایجاد آسیب روانی مقدار زیادی استرس مورد نیاز خواهد بود. شکل ۱-۱ ارتباط آسیب‌پذیری - تاب‌آوری را نشان می‌دهد. مطابق این شکل، در صورت وجود استرس کافی، تاب‌آورترین افراد نیز در معرض خطر جدی برای شروع علائم خواهند بود، هر چند که این علائم احتمالاً خفیف‌تر از علائم افراد دارای آسیب‌پذیری بالا است که استرس خفیف تا متوسط را تجربه

می‌کنند و یا تحت استرس شدید قرار دارند. بنابراین *تاب‌آوری*، حالت مقابل آسیب‌پذیری است و به معنای مقاومت در برابر اختلال است اما بر ایمنی کامل دلالت نمی‌کند.

تعریف کودکی و بزرگسالی: مرز تفکیک کجاست؟

ارزیابی آسیب‌پذیری در طول دوره زندگی، در برگیرنده نظریه و پژوهش‌هایی در مورد آسیب‌پذیری، هم در دوره کودکی / نوجوانی و هم دوره بزرگسالی است. این امر موجب طرح این سؤال می‌شود که مرز میان کودکی و بزرگسالی را باید در کجا ترسیم کرد. با وجودی که این تفاوت، در بسیاری از موارد واضح است (یک کودک ۵ ساله در مقایسه با یک بزرگسال ۵۰ ساله)، ترسیم مرز میان این دو در بسیاری موارد دشوار است.

چندین دیدگاه مختلف برای تعیین این مرز وجود دارد. شاید ساده‌ترین تفکیک براساس تعریف قانونی آن باشد، هرچند که در این جا هم تفاوت واضح نیست. برای مثال، در مورد بیش‌تر رفتارها، بزرگسالی از نظر قانونی از سن ۱۸ سالگی آغاز می‌شود. مانند سایر بزرگسالان در این سن، افراد واجد تمام حقوق و مسئولیت‌های قانونی هستند. با این حال، حداقل یک استثناء وجود دارد. مثلاً در بسیاری از ایالت‌های آمریکا نوشیدن الکل و کار کردن در مکان‌هایی که در آن الکل رایج می‌شود، تا سن ۲۱ سالگی مجاز نیست. بنابراین، براساس تعاریف قانونی، بخش عمده بزرگسالی از سن ۱۸ سالگی و به طور کامل از سن ۲۱ سالگی آغاز می‌شود.

روش دیگر برای تفکیک دوره کودکی / نوجوانی و بزرگسالی که در بسیاری از بحث‌های آسیب‌پذیری نسبت به آسیب روانی می‌توان به آن تکیه کرد، مراجعه به سیستم فعلی طبقه‌بندی تشخیصی روان‌پزشکی آمریکای شمالی، **DSM-IV-TR** است (انجمن روان‌شناسی آمریکا، ۲۰۰۰). با این وجود، به طور کلی، **DSM-IV-TR** تعریف واضح این موضوع را نادیده می‌گیرد و فقط شرایطی را جهت اتخاذ یک بخش جداگانه برای اختلال‌هایی که اولین بار در کودکی و یا نوجوانی بروز می‌کنند، پیش‌بینی کرده است. این سیستم، پیشنهاد می‌کند که تفاوت واضحی میان اختلال‌های کودکی و بزرگسالی وجود ندارد (صفحه ۳۹). با این حال، زمانی که سن، در تشخیص اختلال‌های رایج در دوران نوزادی، کودکی و نوجوانی (گروه کلی که همه این اختلال‌ها را شامل می‌شود) مدنظر قرار می‌گیرد، برای اختلال‌های نوجوانی، حداکثر سن ۱۸ سال را مطرح می‌کنند. به همین نحو، اغلب روش‌های اندازه‌گیری برای کودکان و نوجوانان (مانند مصاحبه تشخیصی برای کودکان و نوجوانان)، حداکثر دامنه سنی خود را حدود ۱۷

سالگی تعریف می‌کنند و در روش‌های اندازه‌گیری برای بزرگسالان، حداقل سن را ۱۸ سال مطرح می‌کنند (نظیر مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلال‌های SCID، DSM-IV). بنابراین، به نظر می‌رسد که رویکرد تشخیصی فعلی با این که برای اهداف متفاوتی مورد استفاده قرار می‌گیرد ولی محدوده سنی را بین کودکی و نوجوانی پذیرفته که منطبق بر ملاک‌های قانونی ایالات متحده آمریکا است.

یک رویکرد دیگر جامع‌تر، مبتنی بر نظریه و پژوهش‌های مربوط به فرآیندهای رشدی است. رویکرد رشدی بر سلسله مراتب سنی و ملاک‌های استاندارد متکی نیست، اما در عوض، فرآیندهای رشدی زیستی، هیجانی و روان‌شناختی را در نظر می‌گیرد که در خلال گذار از دوره کودکی به بزرگسالی رخ می‌دهند. عجیب نیست که سن مشخصی برای ورود به دوره بزرگسالی وجود ندارد. براساس دیدگاه زیستی، رشد جسمانی در دختران (مثل رسیدن به حداکثر قد و ظهور صفات ثانویه جنسی)، تقریباً تا سن ۱۶ سالگی به وقوع می‌پیوندد در حالی که در پسران، این مساله در حدود سن ۱۶ سالگی اتفاق می‌افتد. هر چند که برخی از تغییرات جسمانی (مثل رشد مغزی و افزایش قدرت و توده عضلانی، از اواسط تا اواخر دهه ۲۰ عمر) ادامه خواهند یافت. اما براساس مفهوم روان‌شناختی و هیجانی، رشد جسمی به تنهایی برای تفکیک نوجوانی و بزرگسالی کافی نیست.

هم‌چنین تفکیک بزرگسالی از کودکی/نوجوانی، به شدت تحت تأثیر محیط اجتماعی است که رشد فرد در آن اتفاق می‌افتد. برای مثال، ممکن است تفاوت‌های فرهنگی زیادی در این مورد وجود داشته باشند. در فرهنگ‌های غیرغربی، گذار از دوره کودکی به بزرگسالی از نظر اجتماعی تعیین و به وسیله یک اتفاق اجتماعی مهم مثل ازدواج، مشخص می‌شود. از طرف دیگر، در فرهنگ‌های غربی پیشرفته‌تر که روی فردی شدن و استقلال تاکید زیادی وجود دارد، آداب و رسوم گذار، کم‌تر مشخص است و گذار به بزرگسالی، اغلب با تغییرات شناختی، هیجانی و رفتاری فردی تعیین می‌شود (آرنت^۱ و تابر، ۱۹۹۴). بااین وجود، براساس دیدگاه رشدی، بیش‌تر افراد تقریباً تا سن ۱۸ سالگی، تغییرات فیزیولوژیکی، رفتاری و اجتماعی را تجربه کرده‌اند که آن‌ها را به سمت شروع گذار به بزرگسالی سوق می‌دهد.

واضح است که هر رویکردی برای توصیف دوره نوجوانی باید دامنه وسیعی از عوامل روان‌شناختی، جسمانی و فرهنگی را مدنظر قرار دهد. مطمئناً مرز میان نوجوانی و بزرگسالی، شامل یک انتقال تدریجی است و مرز روشن و یا سن مشخصی وجود ندارد که در آن

نوجوانی پایان یافته و بزرگسالی آغاز شود. به طور کلی به نظر می‌رسد که حداقل در جوامع غربی بهتر است محدوده سنی منطقی برای تفکیک نوجوانی از بزرگسالی را ۱۸ تا ۲۰ سالگی در نظر گرفت. البته، برخی از افراد ممکن است از نظر رشدی، با طبقه سنی شان "کاملاً منطبق" نباشند. در حقیقت، همه رویکردهایی که به صورت خلاصه برای تعریف این مرزها مرور کردیم (قانونی، روان‌پزشکی و رشدی)، در این مقطع زمانی به هم می‌رسند. با این وجود، ممکن است که یک فرد ۱۵ ساله، بالغ و یک فرد ۳۰ ساله غیرعادی، (به دلیل عملکرد متفاوت جسمی)، نوجوان محسوب شوند. به نظر می‌رسد که سنین بین ۱۸ تا ۲۰ سال، محدوده سنی مناسبی برای انتقال از نوجوانی به بزرگسالی است. در حقیقت، حتی با نگاهی شتاب‌زده به پژوهش‌های چاپ شده در حوزه آسیب روانی کودکان و بزرگسالی، می‌توان این محدوده سنی را به عنوان خط تفکیک نوجوانی و بزرگسالی در نظر گرفت.

آسیب‌شناسی روانی و آسیب‌پذیری یک جمع‌بندی کوتاه

ما در این فصل، دو جنبه متفاوت از علّت را مورد توجه قرار داده‌ایم: علل اختلال و علل تداوم اختلال. هم‌چنین ویژگی‌های اصلی مشخصی را بررسی کردیم که زیربنای آسیب‌پذیری را تعیین می‌کنند. به ویژه در این مورد بحث کردیم که آسیب‌پذیری شامل مکانیزم‌های علیّی نسبتاً پایدار و درون‌زاد آسیب روانی است. اما بسیاری از حالات آسیب‌پذیری روانی، در خلال یک رابطه استرس-آمادگی، واقعیت پیدا می‌کنند. هم‌چنین، به تفاوت بین مفاهیم آسیب‌پذیری و خطر اشاره شد و پیشنهادهایی در زمینه ترجیح استفاده از مفهوم آسیب‌پذیری و تاب‌آوری، به عنوان دو انتهای طیف آسیب‌پذیری ارائه گردید و گفتیم که تاب‌آوری، موجب مقاومت و نه ایمنی کامل در مقابل اختلال می‌شود. به طور خلاصه، برخی از رویکردهای متفاوت مربوط به تفکیک نوجوانی و بزرگسالی را مرور کردیم و گفتیم که این رویکردها در سنین ۱۸ تا ۲۰ سالگی، به عنوان محدوده انتقال به بزرگسالی، به هم می‌رسند.

انجام پژوهش‌های مربوط به آسیب‌شناسی روانی، که به طور ویژه بر توصیف عملکرد فرآیندهای موجود در اختلال‌ها متمرکز هستند، خالی از فایده نیست؛ اما بیش‌ترین پیشرفت‌ها در زمینه درک علل آسیب‌شناسی روانی، حاصل پژوهش‌های متمرکز بر آسیب‌پذیری هستند. این رویکرد، ما را نه تنها به فهم فرآیندهای علیّی، بلکه به درک مکانیزم‌هایی که لازم است به هنگام بروز اختلال شناسایی شوند، نزدیک‌تر می‌کند. درک مناسب آسیب‌پذیری، به پیشگیری